FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCURESTI

No. 1940

HYSTERECTOMIA PROFILACTICA IN BLOC

IN

FIBROMUL COMPLICAT DE SARCINA

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

Prezentata si sustinuta la 23 Iunie 1923.

DE

ANTON I. HARALAMBIE

BUCUREȘTI
Tipografia „ROMÂNĂ“, Str. 11 Iunie, 66
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCURESTI

No. 1940

HYSTERECTOMIA PROFILACTICA IN BLOC

IN

FIBROMUL COMPLICAT DE SARCINA

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE

Prezentata si sustinuta la 23 Iunie 1923.

DE

ANTON I. HARALAMBIE

INSTITUTUL ... FARMACEUTIC
BUCUREȘTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 706228

BUCUREȘTI
Tipografia „ROMÂNĂ“, Str. 11 Iunie, 66
1923

Decan: D-nul Profesor Dr. Ionescu Thoma

Profesori Titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologică Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	*Babeș V:*
Istologia normală și Istogeneza	„ „	*Besnea St.*
Medicina experimentată	„ „	*Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „	*Danieleopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gerota D.*
Farmacia chimică și galenică	„ „	*Georgescu M.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	*Ionescu Th.*
Clinica III-a medicală	„ „	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	„ „	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-larmagologice	„ „	*Meșeanu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Chimia analitică	„ „	*Minovici St.*
Clinica infantilă	„ „	*Manicatide M.*
Igiena și poliția sanitară	„ „	*Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu D.*
Clinica I.a medicală	„ „	*Nanu-Nuscel I.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	*Nicolau St.*
Clinica mentală	„ „	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	*Rainer Fr.*
Zoologia medicală	„ „	*Sihleanu St.*
Botanica medicală	„ „	*Solacolu T.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. Th.*
Clinica terapeutică	„ „	*Theohari A.*
Analiza alimentelor și băuturilor	„ „	*Vintilescu I.*

PROFESOR AGREGAT

Medicină operatoare . . . . . Dl. Dr. *Coustantinescu C.*

JIURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l Prof. Dr. DANIEL C.

Membrii:
- D-l Prof. Jianu A.
- „ Docent Hristide E.
- Docent Georgescu Gr.
- „ Docent Marinescu G.

Facultatea considera opiniunile expuse în aceasta lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

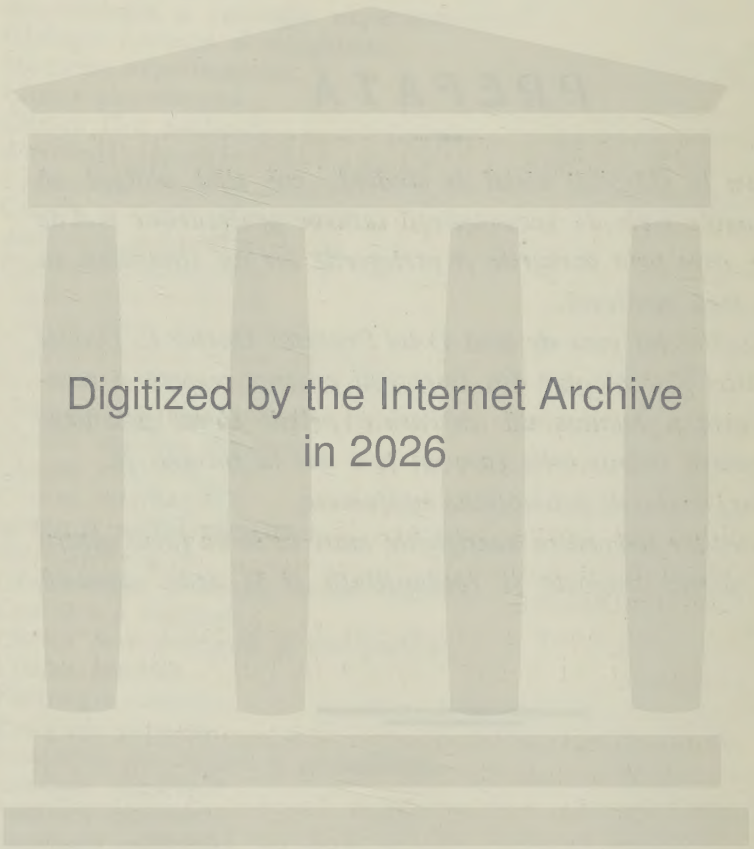
PREFAȚĂ

Acum la sfârșitul vieței de student, mă simt obligat să aduc omagiile mele de recunoștință tuturor profesorilor mei de facultate, care prin cursurile și prelegerile lor au contribuit la educația mea medicală.

Președintelui meu de teză D-lui Profesor Doctor C. Daniel șeful clinicei ginecologice din București, păstrez respect și recunoștință pentru bunavoință cu care a primit să-mi prezideze teza și pentru îndrumările care mi le-a dat la facerea ei.

Onor juriului de promoțiune mulțumesc.

Părinților mei pentru sacrificiile mari ce le-au făcut pentru mine le păstrez dragoste și recunoștință și le dedic această lucrare.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0085

HYSTERECTOMIA PROFILACTICA IN BLOC
IN
FIBROMUL COMPLICAT DE SARCINA

I
ISTORIC ASUPRA CHIRURGIEI FIBROMULUI CU SARCINA

Accidentele grave, pe care le cauzează fibromul în sarcină, şi care ameninţă viaţa mamei si a fătului reclamă un tratament.

Acest tratament a preocupat foarte mult ginecologii şi mamoşii şi a dat naştere la lungi discuţiuni intre ei.

In decursul ultimelor decenii, tratamentul fibroamelor gravidice a suferit progrese mari, prin introducerea metodelor de antisepsie şi asepsie în chirurgia generală; aşa că vedem cum până la Lister, nu se făcea în fibromul cu sarcină, decât abortul provocat sau se încerca câte o cesariană şi acestea în extremis, şi cu rezultat deplorabil iar astăzi se practică în largă măsură hysterectomia abdominală cu rezultate admirabile chiar în scop profilactic.

Să vedem în ordine mai mult sau mai puţin cro-

nologică care sunt intervenţiile chirurgicale încercate în fibromul cu sarcină. Vom adopta 2 mari diviziuni: *a)* intervenţiile chirurgicale înainte de termen; *b*) intervenţiunile chirurgicale la termen şi în timpul travaliului.

A. INTERVENTIUNILE CHIRURGICALE INAINTE DE TERMEN.

1) *Abortul provocat.* Această primă intervenţie născută din ideia, că suprimând sarcina se suprimă cu ea şi accidentele, n'a dat rezultatul aşteptat, de oarece s'a văzut că degaje foarte puţin organele comprimate. Pe lângă aceasta adesea e foarte greu de practicat din cauza fibromelor şi expune femeia la 2 complicaţii grave: *hemoragie mare* şi *infecţie uterină.*

Hemoragia foarte abundentă poate fi uneori mortală, sau în tot cazul aduce femeia într'o stare favorabilă infecţiei.

Dar chiar fără aceste complicaţii rezultatul terapeutic al abortului provocat este insuficient; întrucât femeia deşi debarasată de sarcină, păstrându-şi fibromul este sub ameninţarea aceloraşi accidente grave în cazul unei noi sarcini.

Ca rezultat operator al abortului provocat statistica lui Lefour în teza sa de agregatie (1880 dă 2 morţi pentru 8 aborturi iar statistica lui Kirscheimer dă o mortalitate de 40%.

2. *Naşterea prematură provocată.* Această operaţie ca şi precedenta suferă de aceleaşi lipsuri şi expune şi mai mult la hemoragii grave, din cauza frequenţei placentei praevia şi lipsei de involuţie uterină după intervenţie.

3. *Miomeciomia.* Prin această operaţie se extrage numai fibromul lăsându-se uterul gravid pe loc.

Operaţia este ideală dacă s'ar putea aplica la toate cazurile de fibroame gravidice nu poate fi practicată

însă decât numai în caz de fibroame sesile, sau polipi-colului.

In cazuri de fibroame cu baza largă de implantaţie, sau interstiţiali, nu poate fi utilizată, întrucât pronosticul pentru mamă e grav şi traumatismul aduce în majoritatea cazurilor abortul.

Miomactomia se practică pe două căi vaginală şi abdominală.

Ca rezultat operator al miomectomiei vaginale Poitevin de Fontguyon dă pentru 21 de cazuri 2 morţi.

Statistica lui Thumin dă pentru 26 cazuri 6 morţi de mamă şi făt, 11 vindecări de mamă cu continuarea sarcinei.

Această operaţiune nu este posibilă decât în caz de fibroame mici uşor şi repede extirpabile.

Pentru miomectomia abdominala statisticile arată: Apfelstedt pentru 32 de cazuri dă 26 vindecări 6 morţi; din 26 de femei vindecate 15 au dus sarcina la Termen, 11 au abortat sau născut prematur, Turner pentru 44 cazuri dă 40 vindecări 4 morţi. Din 40 vindecate, 7 au abortat, 26 au născut la termen sau aproape de termen, 2 au născut la $7^1/_2$, iar restul de 5 nu se cunoaşte mersul sarcinei.

Thumin pentru 40 de cazuri dă 38 vindecări şi 2 morţi. Din 38 vindecări 10 au abortat sau născut prematur iar 28 au dus sarcina la termen.

1. *Hysterectomia.* Operaţie prin eare se suprimă simultan şi produsul de concepţiune şi uterul gravid.

Această intervenţie este cea mai indicată când e vorba să scăpăm viaţa mamei şi când extirpaţia simplă a tumorei cu conservarea uterului este imposibilă.

B. Intervenţii chirurgicale practicate la termen sau în timpul travaliului.

Când sarcinile complicate de fibrom ajunse la termen nu se pot termina spontan mamoşul poate recurge la următoarele intervenţii obstetricale : redu-

cerea fibromului cu mâna, aplicaţia forcepsului şi versiunea.

Când aceste intervenţii obstetricale sunt insuficiente şi periculoase pentru efectuarea facerei, chirurgul are la îndemână o serie de intervenţii chirurgicale.

Iată care sunt intervenţiile chirurgicale care s'au practicat în asemenea cazuri.

1. *Miomectomia* simplă când se poate face în caz de fibron pedeculat care proemină între buzele colului sau fibrom sesil al colului.

In genere această operaţie este mai recomandabilă în timpul sarcinei, de oarece în timpul travaliului plaga rezultată din operaţie poate da naştere la hemoragii, infecţie, rupturi uterine.

2. *Cesariană conservatrice.* Când fibromul constitue un obstacol absolut pentru efectuarea facerei pe căile naturale, se poate practica această operaţie, prin care se extrage fatul viu, lăsându-se uterul fibromatos la loc.

Această operaţie neavând un rezultat terapeutic curativ pentru mamă, nu este recomandabilă, de oarece la o nouă sarcina ea este expusă la aceleaşi accidente, care ar necesita o nouă cesariană.

Statisticile cesarianei pentru fibrom dau următoarea mortalitate maternă: Lefour (1888) 81% Pestalozza (1890) 66%, Apfelstedt (1895) 50%, Turner (1900) 21%.

3. *Caesariana urmată de miomectomie.* După extracţia fatului prin caesariană când este posibil se poate face miomectomia (ablaţiunea fibromului) operaţie ideală, de oarece extragem şi fatul ridicăm şi fibromul, lăsând uterul la loc care-şi poate îndeplini mai departe rolul său de gestaţiune.

4. *Cesariană urmată de hysterectomie.* Când după extragerea fătului prin cesariană nu se poate face miomectomia (în caz de fibrom cu bază de implantaţie mare, fibroame interstiţiale, uter fibromatos se face *hysterectomia.*

Prin această operaţie se suprimă eventualitatea

unei noi sarcini cu tot cortegiul de accidente gravidice şi distocice care o acompaniază.

Pentru aceste motive este de preferat cesarianei simple.

5. *Hysterectomia în bloc la termen.* Un număr de chirurgi printre care M. M. Varnier şi Delbet Vautrin Schull, Delassus, etc. au făcut extirparea uterului cu făt fără o prealabilă cesariană. Se tratează uterul ca un uter fibromatos simplu din care se extrago apoi fătul; procedeu foarte bun dacă fătul e mort şi uterul infectat.

Dacă fătul e viu atunci trebue să se ia precauţiunea de a se lega ultima arteră uterină în ultimul moment, pentru a se evita asfixia fătului prin întreruperea circulaţiei utero-placentare.

(Obs. cazul lui Buggenhondt) Bruxelles.

II

FIBROMUL ŞI SARCINA DIN PUNCT DE VEDERE CLINIC

A Influenţa fibromului asupra fecondaţiei.

Inainte de a aborda chestiunea influenţa fibromului asupra sarcinei, să vedem care sunt părerile diverşilor autori asupra acestui subiect.

Louis zice că fibromul exclude posibilitatea sarcinei. După *Levret* fibromul nu constitue o cauză absolută de sterilitate. Este sigur că deşi fibroamele nu constituesc un obstacol absolut la fecondaţie, totuşi, sunt o cauză frequentă de sterilitate.

Olshausen adunând statisticile a diverşi autori a găsit pe 1731 de femei fibromatoase măritate 520 sterile ceea ce dă 30% sterilitate.

Cauxele care ar provoca sterilitatea fibromatoaselor ar fi: deviaţile uterine (alungirea, lărgirea, deformarea cavitatei uterine), metrita concomitentă, existenţa poli-

pilor fibroşi, scurgerile patologice, alteraţia trompelor şi a ovarelor, ocluziunea colului, vulvo-vaginismul.

Hofmeier zice: nu există legătură de cauză la efect între fibrom şi sterilitate, de oarece în multe cazuri sterilitatea preexistă desvoltărei tumorei

După D-l Profesor C. Daniel, sterilitatea în cursul fibroamelor uterine ar fi datorite leziunilor anexiale a căror frequenţă se observă în proporţie de 60%

După *Pinard* sterlitatea este frequent o cauză predispozantă la fibrom.

In rezumat corpii fibroşi pot fi cauză de steriletate din cauza sediului lor, şi a accidentelor pe care le determină.

B. Evolutia sarcinei în fibrom.

Odată femeia fibromatoasă rămasă însărcinată să vedem care poate fi evolutia sarcinei ei şi complicaţiile la care se poate expune.

In majoritatea cazurilor sarcina complicată de fibrom evoluează la termen 80-85%.

1. *Sarcina extrauterina.* O prima complicaţie a fibroamelor gravidice poate fi sarcina ectopică:

Oul fecondat poate fi împedecat de prezenta fibroamelor la ostiul uterin de a descinde în uter.

Dintr'un articol al D-lui profesor C. Daniel, „Fibrom uterin şi sarcina tubară" publicat în Buletinul societăţei anatomice din Paris 1903 reese: cazurile de sarcină ectopică în cursul fibromului uterin sunt rare (3,20 % Martin)

In unele cazuri (minoritate) fibroamele influenţează direct asupra trompelor, comprimându-le, în porţiunea lor mobilă (fibrome subperitoneale, sau interstitiale, sau obstruând orificiul intern al trompei (fibroame intrauterine) şi împedecând astfel descinderea în uter a ovulului fecondat. In alte circumstanţe, alteraţiunile tubare (complicatie frequenta; 59% în fibroame împedecă venirea oului în interiorul uterului.

2. *Insertia vicioasă a placentei.* Oul fecondat pă-

truns în cavitatea uterină, din cauza fibroamelor interstiţiale sau sub mucoase care provoacă fenomene congestive ale mucoasei, care devine sediul unei secretiuni abundente şi mici hemoragii, poate fi antrenat în segmentul inferior al uterului, unde înserându-se dă naştere la *placenta praevia* cu toate consecinţele ei.

3. *Turburări de compresiune.* Din cauza numărului mare, volumului şi sediului fibroamelor, avem accidente de compresiune asupra organelor vecine în timpul sarcinei, cu atât mai mult cu cât în timpul sarcinei fibroamele suferă o hiperplazie notabilă. Astfel din cauza comprimărei rectului aveam defecaţie dureroasă constipatie ireductibilă uneori şi de aci turburări intestinale, stercoremie.

Comprimarea uretrei şi a vezicei dă micţiuni penibile retenţie incomplectă sau complectă de urina (obs. IV) din cauza retenţiei necesitatea sondajelor şi de aci primejdia de infecţie a vezicei.

In caz de comprimarea uretrelor putem avea uronefroză pielonefrită pionefroză.

Comprimarea nervilor pelvieni (în special plexul lombar şi sacrat) dau dureri mari uneori continue şi insuportabile.

Comprimarea trunchiurilor mari vasculare dau jenă în circulaţie edeme mari şi întinse a membrelor inferioare.

Tumorile mari pot avea efect supărător şi asupra funcţiunei cordului, dând palpitaţii, turburări circulatorii, intermitenţe cianoza edeme. In fine în fibroamele mari ale fundului uterin putem avea comprimarea pulmonilor şi de aci crize penibile de sufoeare.

După cum vedem turburările de compresiune datorite fibroamelor gravidice sunt foarte grave şi se accentuează pe măsură ce sarcină evoluează mai mult spre termen, din cauza hiperplaziei fibroamelor în sarcină. Aceste turburări punând viaţa femeiei în primejdie sunt primele care indică oprirea sarcinei.

4. *Hemoragiile* Fibromatoasele gravide pot prezinta

hemoragii mari. Aceste hemoragii sunt datorite eudometritei concomitente sau decolării unei placente praevia.

5 *Abortul.* Este accidentul cel mai frequent şi nu cel mai puţin grav care complică sarcina cu fibrom. După *Pinard* frequenta lui e de 5,9%, după *Le Marie* de 5%, dupa *Schanta* de 18,5%, după *Lefour* 12%. Consecinţele sale foarte grave sunt hemoragiile şi accidentele septicemice. Astfel după Lefour pentru 39 aborturi a avut 14 morţi de mamă.

Fibromul provoacă abortul în 3 moduri după Lefour; *1)* provocând contracţii uterine premature *2)* cauzând hemoragii 3*)* punând obstacol la extensibiletatea uterului.

Fibroamele submucoase şi polipii mici excită de obicei contractiliiatea uterină, *hemoragiile* provoacă abortul prin decolarea placentei înserate în segmentul inferior.

In fine abortul poate fi consecinţa defectului de extensibilitate uterină, din cauză că ţesutul uterin e burat de nuclei fibromatoşi.

6. *Naşterile premature.* Sunt şi ele destul de frequente mai ales în placentele înserate în segmentul inferior al uterului. După Meheut din 30 de naşteri premature, în 15 cazuri placenta era înserată în segmentul inferior. Cel mai frequent naşterea prematură se face aproape de termen. *(Obs. II)*

7. Pe lângă aceste complicaţii ffbroamele gravidice pot da foarte rar naştere şi la accidente de *supuraţie, gangrenă şi torsiune.*

Aceste complicaţii deşi excepţionale necesită intervenţii ori de câte ori se prezintă.

C. Influenţa fibroamelor asupra facerei

Tumorile fibroase prin volumul situaţia şi numărul lor pot constitui la facere 3 feluri de distocii.

1. Fibroamele segmentului inferior împedecând acomodaţia atrag după ele prezentaţiile vicioase ale feţei, umărului, şezutului, prezentaţii care se întâlnesc foarte des în

sarcinile cu fibrom. Aceste prezentații vicioase constituesc *destociile fetale.*

2. *Distocia fibroasă* este constituită de fibrom care prin volumul și poziția sa, opune obstacol la trecerea fătului, prin canalul pelvigenital. Această distocie se întâlnește în fibroamele care umple escavația și fibroamele colului care împiedecă dilatația. *Obs. VI*

3. *Distocia uterină* constituită prin impotența funcțională a mușchiului uterin. Aceasta se întâlnește mai ales în *fibroamele interstițiale.* Mușchiul uterin fiind întrerupt în lungimea sa de nuclei fibromatoși, își perde din forța de contractilitate, de aci contracții neregulate, spasmodice, și apoi inerția. Când mușchiul uterin este burat de nuclei fibromatori atunci avem inerție uterină dela început.

4. *Complicațiile post partum.* După expulsia fătului și a placentei putem avea *hemoragii mari* datorite inerției uterine, defectului de retractilitate uterină, și *infecțiuni grave.*

E. Evoluția fibromului în timpul puerperalității

In general se produce o mărire notabilă a tumorei, care devine mai moale mai depresibilă, din cauza unui fel de *infiltrație edematoasă* și a producerei de *focare de ramoliție cu cavități pseudo kistice.*

După sarcină tumora își reia de obicei volumul și consistența.

De fapt în timpul sarcinei tumorile fibroase, ca și organele genitale suferă o ramoliție fiziologică datorită la o vascularizație mai intensă. Mărirea de volum a fibroamelor în timpul sarcinei rezultă din congestia și proliferarea țesuturilor dar mai ales din înfiltrația edemataosă.

După Cornil uneori ar fi o adevărată hipertrofie a fibrelor musculare netede, după Dolèris o hiperplazie a elementelor conjonctive.

III

Hysterectomia profilactică „în bloc“ în fibromul cu sarcină

După ce am văzut în mod sumar care sunt intervențiile chirurgicale practicate în fibromul cu sarcina, și din punct de vedere clinic care este evoluția sarcinei în fibrom, și a fibromului în sarcină, să vedem, care sunt indicațiile și contra indicațiile hysterectomiei profilactice în sarcina complicată de fibrom și superioritatea ei față de celelalte intervenţiuni practicate în asemenea cazuri, chestiune pe care am propus s'o susținem in teza noastră.

In general conduita pe care trebue s'o aibe chirurgul în caz de fibroame gravidice este: ori de câte ori nu sunt accidente grave care să amenințe viața mamei sau a fătului, se lasă sarcina să evolueze la termen, deoarece s'a văzut că în majoritatea cazurilor sarcinei complicată de fibrom evoluează la termen 80—85%.

Pinard în interval de 6 ani la clinica lui Baudeloque a observat 84 de cazuri de fibroame gravidice din care 66 au dus sarcina la termen, 13 au născut prematur iar în 5 cazuri abort. Pe aceste 84 cazuri de 4 ori s'a intervenit în timpul sarcinei.

Hofmeier la congresul din Paris 1900 susține că fibroamele turbură rar în mod serios mersul sarcinei.

Meheut în teza sa de doctorat 1902 susține acelaș lucru.

Indicațiile generale ale intervențiilor chirurgicale în fibroamele gravidice, în timpul sarcinei și în timpul travaliului sunt dictate de 3 categorii de accidente:

1. accidente care amenință viața mamei.
2. accidente care amenință evoluția sarcinei la termen (primejdie de abort naștere prematuri.)
3) când fibromul consiitue un obstacol mecanic pentru efectuarea facerei pe căile naturale.

I. *Avantagete hysterectomiei față de cele lalte intervențiuni*

Dintre intervențiile chirurgicale practicate în timpul sarcinei în fibroamele gravidice, *abortul și nașterea pre-*

matură provocată, trebuesc abandonate pentru că după cum am văzut expun femeia la 2 complicaţiuni grave; *hemoragia* şt *infecţia uterină.*

Dar şi fără aceste complicaţii rezultatul lor terapeutic este însuficient întru cât deşi suprimă sarcina nu ridică şi uterul fibromatos fapt care face ca la o nouă sarcină, femeia să fie expusă la aceleaşi accidente.

Miornectomia operaţie ideală când se poate practica, pentru că ridică numai fibromul, lăsând uterul gravid pe loc, care poate duce sarcina la termen; Dar nu se poate practica cu rezultate bune de cât într'un număr restrâns de cazuri (în fibroame sesile sau polipi ai colului). In cazuri de fibroame cu bază largă de implantaţie, sau interstiţiale, nu poate fi practicată întrucât pronosticul pentru mama e grav şi traumatismul aduce în majoritatea cazurilor abortul.

Faţă de aceste intervenţiuni, hysterectomia, întrucât prin ea se ridică în acelaş timp şi produsul de concepţie şi uterul fibromatos, şi deci se suprimă eventualitatea unei noi sarcini cu tot cortegiul de accidente gravidice şi distotice care o acompaniază, rămâne ca singura şi cea mai raţională intervenţie în fibromul complicat de sarcină, atunci când e vorba să scăpăm viaţa mamei ameninţată de accidentele cauzate de fibrom, şi când miomectomia simplă nu se poate face.

In ceace priveşte momentul şi cazurile când trebue să fie practicată hysterectomia în fibromul cu sarcina, chirurgii s'au împarţit în 2 tabere

1. Unii susţin *intervenţia precoce.* Pentru aceştia viitorul femeilor fibromatoase gravide este totdeauna plin de pericole, şi de teama că situaţia să nu devie iremediabilă, ei intervin în mod profilactic prin hysterectomie ori de câte ori numărul, sediul fibroamelor le dă bănuială că accidente grave inevitabile vor surveni.

Această linie de conduită a fost adoptată de foarte mulţi chirurgi, şi susţinută cu mult talent de *M. Richelot* la societatea de Obstetică ginecologie şi Pediatrie din Paris.

El susţine că trebue să intervenim prin hysterectomie în timpul sarcinei nu numai când există fenomene grave de compresiune, metroragii abundente dureri extreme dar întotdeauna când volumul, sediul, desvoltarea rapidă a tumorei ne fac să bănuim accidente grave apropiate care să ameninţe viaţa femeiei.

Această părere a subţinut-o şi M. Swartz, spunând că e mai bine să operăm preventiv femeia ori de câte ori bănuim accidente grave pentru ea, de cât să aşteptăm apariţia acestor accidente grave, pentru a interveni atunci în condiţii deplorabile.

Această părere o adoptă şi Domnul Profesor Dr. C. Daniel după cum vedem în cazul D-sale. (*Obs. I*). unde intervine prin hysterectomie profilactică înnainte de apariţia accidentelor grave pentru mamă. Această intervenţie este justificată de mare înfiltraţie fibromatoasă a uterului fapt care ar fi cauzat în mod cert accidente grave pentru mamă şi ar fi întrerupt sarcina necesitând intervenţie în condiţiuni defavorabile.

2. *A doua categorie de chirurgi (temporizatori)* care susţin că nu trebue să întrerupem sarcina prin hysterectomie; de cât atunci când accidente grave ameninţă direct viaţa mamei, iar până atunci să supraveghem mersul sarcinei. pentru că spun ei accidentele acestea de multe ori sunt trecătoare.

II. *Indicaţiile hysterectomiei profilactice.* Sunt date de accidentele pe care le cauzează fibroamele în sarcină.

1. *Accidente care ameninţă viaţa mamei.*

Aceste accidente sunt în primul rând *turburările de compresiune.* Ele sunt cauzate de mărimea, numărul mare şi sediul fibromilor mai ales în segmentul inferior.

Aceste turburări de compresiune sunt: din partea rectului şi a vezicei care le-am enumerat în capitolele precedente, durerei mari continue insuportabile (acest simpton îl găsim în toate observaţiile noastre de la sfârşit cu intensitate diferită), jenă cir-

culatorie cu oedeme întinse, insuficientă cardiacă cu palpitaţii, vărsături incoercibile hemoragii abundente (vezi obs. II), tenomene de iritaţie peritoneală, desvoltare galopantă a tumorei.

Cum aceste turburări de compresiune, se agravează pe măsură ce sarcina înaintează din cauza hiperplaziei mari a fibromului în sarcină, hysterectomia trebue practicată de îndată ce se ivesc pentru a preveni agravarea situaţiei pentru mamă.

2. *Accidente care ameninţă evoluţia sarcinei la termen.* Sunt pericole de abort şi naştere prematură. Când avem de a face cu fibroame parietale multe sau incluse în ţesutul uterin care dau naştere la hemoragii mari abundente putem fi siguri că sarcina se va termina prin abort şi atunci suntem obligaţi să practicăm hysterectomia profilactică pentru a preveni pe mamă de accidentele grave la care o expune abortul. *(Vezi obs. II)*

3. *Starea de înfiltraţie fibromatoasă a uterului.* Când avem de afăce cu tumori mari adânc implantate în ţesutul uterin dificil enucleabile (deci miomectomie imposibilă) sau când muschiul uterin este burat în întregime de nodozităţi fibromatoase constituind infiltraţia fibromatoasă (obs. I) şi cum în asemenea cazuri sarcina nu poate evolua la termen şi cauzează în cursul ei accidente grave pentru mamă, sau se termină cu abort, (accidente foarte grave pentru mamă) atunci este indicată hysterectomia profilactică conduită pe care o are D-nul Profesor C. Daniel în cazul D-sale din observaţie I.

Aceiaşi conduită o găsim întrebuinţată şi în observaţia V.

Deci indicaţiile hysterectomiei profilactice în sarcina cu fibrom sunt toate accidentele pe care le cauzează fibroamele prin volumul numărul situaţia şi sediul lor şi care pun în primejdie viaţa mamei sau ameninţă întreruperea sarcinei prin abort.

III. *Contraindicaţii.* Când nu sunt accidente grave

care să amenințe viața mamei și când sarcina nu amenință să se întrerupă prin abort, atunci se lasă sarcina să evolueze la termen, de oarece s'a văzut că majoritatea cazurilor 80-85% din sarcinele complicate de fibrom evoluează la termen.

2. Când deși sunt accidente tumora este sesilă și mică sau pediculată (fibroame sesile, polipi ai colului) și ușor enucleabilă atunci se practică miomectomia, operație preferabilă întrucât ridicând numai fibromul lasă uterul gravid la loc care-și poate duce sarcina mai departe la termen.

IV. *Modul de practicare al hysterectomiei.* Se practică pe două căi 1. *pe cale vaginală* 2. *pe cale abdominală.*

Hysterectomia vaginală nu lasă cicatrice nu expune la eventrație, practicabilă în caz de fibroame mici ușor de scoborât și la femei cu vaginul larg (obs II); prezintă însă dificultăți de executare hemoragie mare, expune la infecție, deaceia se preferă hysterectomia abdominală

Hysterectomia abdominală se practică în două moduri 1. Hysterectomia supravaginală sau subtotală, 2. hysterectomia abdominală totală, fie care din ele cu indicații speciale.

Hysterectomia abdomtnală subtotală e mai rapidă, nu expune la hemoragii, nu deschide vaginul a cărui asepsie e greu de obținut; însă în asemenea cazuri colul trebue să nu fie *fibromatos*, infectat sau atins de endocervicită glandulară sau parenchimatoasă, complicații care ar compromite rezultatul operației.

Histerectomia abdominală totală extrage uterul în întregime cu col cu tot; necesită însă o îngrijire mai mare în ce privește hemostaza, de aceia se recomandă procedeele care fac legătură preventivă a pediculelor vasculare.

Se practică atunci când colul este profund infiltrat de fibrom și când este infectat.

Oricare ar fi procedeul de hysterectomie totală

sau subtotală technica cea mai bună este aceia intrebuinţată de D-nul Profesor C. Daniel în cazul d-sale (obs I) unde extrage uterul fibromatos cu produsul de concepţie cu tot şi după aceia secţionează uterul pentru a scoate embrionul.

Acest procedeu zis al *hysterectomiei în bloc* se poate practica şi la termen în fibromul complicat de sarcină.

In loc de a face cesariană urmată de hysterectomie când conservarea uterului este imposibilă, se practică dela început *hysterectomia în bloc*, se secţionează apoi uterul pentru a extrage fătul viu.

O singură precauţie este de luat în asemenea cazuri, să nu se lege ultima arteră uterină decât în ultimul moment, (obs. VI)

V. *Rezultatele hysterectomiei în fibromul cu sarcină statisticele* hysterectomiei abdominale subtotale practicată în fibromul cu sarcină arată: *Apfelstedt* (1894) dă o mortalitate de 30% *Turner* 1900 pentru 37 cazuri dă 6 decese deci o mortalitate de 18%, iar Thumin (1901) dă 10 decese pentru 89 de cazuri deci o mortalitate de 11%.

Pentru *hysterectomia abdominală totală* statisticele arată: Turner în teza se dă pentru 31 de cazuri 1 singur deces iar *Thumin* pentru 54 intervenţii 4 decese.

OBSERVATIUNI

I. *Prof.* C. Daniel *Infiltrație fibromatoasă. Sarcină 3 luni Histerectomie abdominală subtotală în bloc. Vindecare.* Bolnava C. P. în etate de 40 ani consultă pe D-nul Profesor C. Daniel în luna Martie 1921 pentru niște dureri, ce le acuză în partea superioară a abdomenului și încetarea menstruelor.

Antecedente hereditare. Părinții sănătoși.

Antecedente personale. Pacienta nu-și aduce aminte să fi fost bolnavă de ceva. Menstruată la 12 ani, regulat fără dureri și puțin abundent, măritată la 22 ani, nu a fost bolnavă de nici o maladie venerică.

Trecut obstetrical. La 26 ani a rămas gravidă și a purtat sarcina 10 luni. După o facere grea a născut o fetiță care trăește.

Istoricul boalei. Bolnava spune că de 3 luni are dureri în partea inferioară a abdomenului și suspensia menstruelor, care-i aduce turburări de ordin nervos: (dureri de cap, ameteli, insomnie vărsături).

Ca semne funcționale, bolnava nu prezintă nici metroragii nici scurgeri metroreice.

Examenul fizic: Se constată colul puțin ramolit, corpul uterin mobil, nedureros mare cât un cap de fetus la termen, boselat, neregulat, cu mase dure la periferie încadrând corpul uterin de o consistență moale, elastică, caracteristică uterului gravid.

Bolnava consimte să fie operată și intră în sanatoriul Antoniu în ziua de 8 Martie.

Operația practicată de Domnul Profesor C. Daniel

în ziua de 12 Martie; (anestezie medulară cu novocaină) 15 ct. gr. durează o oră perfectă.

Laparotomie mediană subombilicală: se constată uterul voluminos cât un cap de fetus la termen, foarte neregulat, cu suprafaţa infiltrată de un număr considerabil de nodozităţi fibromatoase, a căror dimensiuni variază între un bob de mazăre şi o nucă. La fundul uterului se observă un fibrom sesil de mărimea unei mandarine. Consistenţa uterului foarte dură la nivelul fibroamelor, este moale în mijlocul tumorei dând senzaţia de elasticitate a sarcinei. Anexele libere fără aderenţe. Se prind trompele cu o pensă în T şi se disecă conductul tubar dealungul mezosalpingelui până la cornul uterin, se repetă de partea opusă aceiaşi manevră.

Se secţionează ligamentul utero-ovarian şi se procedă la ligatura arterelor uterine de ambele părţi. Apoi se practică secţiunea colului, extirpându-se în bloc uterul gravid fibromatos. Ovarele rămân suspendate în bazin la pediculele utero-ovariane.

Se face apoi închiderea colului cu puncte separate, peritonizare şi închiderea peretelui în 3 planuri.

Urmări post operatorii perfecte, reunire per primam, bolnava se scoală a 10 zi şi ese din sanatoriu a 14 zi la 26 Martie.

Examenul pieselor. Blocul-genital se compune din uter cu cele 2 trompe, normale permeabile. Corpul uterin de mărimea unui cap de fetus la termen formează o masă boselată neregulată, sferică la fundul căreia proemină un lob dur, regulat, sferic cât o mandarină, se incizează uterul pe linia mediană posterioară şi prin peretele îngroşat de 4 cm., neregulat, infiltrat de nodozităţi fibromatoase, face hernie punga amniotică. Se măreşte incizia de la col până la fundul uterin care împarte organul în 2 jumătăţi. In cavitate există un ou proaspăt intact, având un diametru vertical de circa 15 cm. conţinând un embrion bine conformat, cu anexele fetale. Placenta situată pe faţa anterioară a oului este aderentă la uter. Se decorti-

chiază oul şi se constată cavitatea uterină neregulată, deformată prin proeminenţele pe care nodulii fibromatoşi îi fac în interiorul său.

Studiind tranşa uterină se recunoaşte un număr considerabil de lobi fibromatoşi peste 50 a căror dimensiune variază de la un bob de linte la o mandarină. Ei sunt aderenţi de ţesutul uterin şi dificil enucleabili.

II. **Doleris**. *Miomt uterini subseroşi şi interstiţie ali. Sarcina de 30 zile pe cale de abort. Hysterectomi-vaginală in bloc. Vindecare.* Turner. (Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. Thése de Paris 1900.

M-me Lal. 30 ani. Antecedente hereditare fără importanţa. Bolnava a avut febră tifoidă la 12 ani Menstruată la 13 ani regulat câte 3 zile în mediu cu dureri lombare colici şi adesea greţuri.

De la 15 ani uşoară leucoree. Maritată la 28 ani, după 15 luni are o naştere prematură de 8 luni copil viu. Revenirea menstruelor după 6 săptămâni, 15 zile mai târziu o nouă menstruaţie iar de aci înainte menstruaţie regulată. In timpul graviditătţei n'a avut hemoragii, însă gestaţia a fost penibilă cu vărsături foarte frequente dureri abdominale şi diaree.

După facere greutate în parte inferioară a abdomenului, dureri în mers şi voiaj, scurgere leucoreică abondentă cu senzaţii penibile în lombe şi abdomen. Reguli penibile avansând cu 4-5 zile fiecare lună.

Se prezintă în ziua de 14 Iunie 1895. La 30 Aprilie i-au încetat epocile care până atunci erau regulate şi abundente, (6 – 7) zile, de la 1 Iunie perde mereu sânge. Ca stare generală se prezintă bine însă palidă apetit excelent, nici o turburare funcţională. Temperament nervos irascibilă emotivă râde şi plânge fără motiv. Constipaţie, colici uterine frequente şi dureroase. La examenul local, nu se constată modificări sensibile din partea sânilor aşa că supresiunea regulelor n'a făcut să se gândească serios la o sarcină. (hipoteza de sarcină) Examenul uterului arata că acest organ era voluminos,

sferic, întrecea cu 3 laturi de deget simfiza. El erea pe alocuri moale şi foarte neregulat. Pe faţa posterioară eşea în relief un nodul de mărimea unei nuci. Către cornul stâng alt nodul mai mic. Altă proeminenţă pe faţa anterioară aproape de fund. Volumul şi forma neregulată a organului lasă bănuiala existenţei şi altor tumori parietale. Diagnosticul pus de *uter fibromatos dureros.*

Bolnava a consimţit să fie operată şi operaţia a fost practicată la 16 lunie. Uterul a fost extras în bloc printr'o largă debridare a fundurilor de sac vaginale. Urmările post operatorii foarte simple şi bolnava a eşit vindecată la 8 Iulie.

Examenul pieselor făcut de Dr. Bourges. Fibroamele constatate înainte de operaţie existau în sediul lor respectiv. Ele formează ridicaturi la suprafaţa uterului. Intre aceşti nuclei fibromatoşi tari albi, ţesutul uterin este de consistenţă mai moale, şi corpul uterului de mărimea unei portocale ordinare.

La secţiune se constată la nivelul istmului 3 alţi nuclei fibromatoşi de mărimea unor cireşi. Uterul fiind incizat, în fund pe peretele posterior se vede un ou întiltrat de sânge şi înconjurat de chiaguri, el este implantat aproape de cornul uterin stâng. Chiagurile sunt la grade de organizaţie diferită. Oul aderă solid prin vilozităţile choriale foarte vizibile. Caducele au fost sediul şi sursa principală a hemoragiilor. Oul debarasat de chiaguri şi de sânge este de volumul unei castane. Incizat arată o cavitate amnioctică plină de lichid în care înoată embrionul.

Ovarul şi trompa stângă au rămas în abdomen. Ovarul drept este sediul unui kist cu conţinut seros de mărimea unei mandarine, trompa corespondentă normală.

III **Dr. A Grosse** *Fibrom şi sarcină Sarcină nediagnoticată. Hsterectomie abdominală subtotală.* (*culeasă din serviciul lui M, Bouilly*) *les grossesses compliquées des fibromes.* (Thése de Paris 1903).

Femeia L. M. de 38 ani intră la 1 Decembrie 1897

în serviciul lui M. Bouilly. Antecedente hereditare nimic important. Rujeolă și diphterie în copilărie. Scarlatină la 29 ani. Febră typhoidă la 31.

Menstruată la 11 ani în mod regulat.

La 24 ani o nastere normală la termen fără urmări pathologice.

La 34 ani un abort de 3 luni, după care bolnava a avut mai multe luni hemoragii continue, mai ales abondente în timpul regulelor.

A fost examinată de un medic care a constatat un fibrom la fundul uterului.

De atunci starea generală s'a ameliorat, hemoragiile au dispărut menstruele regulate mai puțin abundente, n'are scurgeri metroreice.

De un an are dureri în mictiune și polakiurie.

Acum 6 săptămâni in urma unei căderi bolnava a simțit dureri foarte violente în bazin.

A fost examinată de Dr. L. care a constatat o tumoare abdominală de consistență fermă.

De la această dată durerile în bazin persistă forte vii.

N'a avut nici suspensie nici întârzierea menstruațiilor care veneau regulat însă abondente hemoragice.

Abdomenul s'a mărit de volum; perderi leucoreice.

In ultimul timp durerile exagerându-se bolnava intră în spital la 2 Decembrie.

Examinată a 1 zi se constată abdomenul foarte dureros la cea mai mică atingere. Se simte o tumefacție neregulată cu mai multe boseluri. Se ordonă comprese laudanisate și punga cu ghiață.

3 Decembrie. Durerile diminuând se poate palpa abdomenul.

Se constată la nivelul ombilicului o masă dură ușor delimitabilă mai ales în jos și superficială.

Dedesuptul ei și părând complect separată de ea se găsește masa principală de consistență fermă și mai ales în partea stângă. In fine în dreapta acestei mase principale se simt 2 tumefacții una părând că aderă la masa principală cealaltă în fosa iliacă dreaptă și părând separată de ea. Prin tactul vaginal combinat cu palpeul se

simte colul mare înconjurat mai ales la stânga şi înainte printr'o masă destul de consistentă.

6 Decembrie. Durerile aproape dispărând M. Bouilly poate examina bine bolnava.

La palpeu abdominal se constată aceleaşi mase cu aceiaşi consistenţă şi aceiaşi poziţie.

Masa principală pare rezistentă şi aproape fluctuentă. Prin tactul vaginal se simte colul sus voluminos şi puţin moale. Dacă se mobilizează colul se constată că această mobilitate se transmite la toată masa abdominală.

In tot acest timp bolnava nu a avut febră nici metroragii nici perderi leucoece.

Se crede că uterul este în lateroflecsiune dreaptă şi că este vorba de un chist al ovarului stâng cu porţiuni solide şi torsionat.

11 Decembrie Laproatomie. La deschiderea abdomenului se constata un fibrom multilobat. Doui sau trei lobuli de mărimea unui cartof care contractase aderente cu epiplomul au fost uşor detaşaţi. In afară de aceşti bobi superficiali ansamblul tumorei e format de mase fibroase neregulate incluse în ţesutul uterin. In jos şi înapoi ţumora formează o ridicătură mare băgată profund în bazin care face imposibilă orice extracţie în masă.

Tumora este trasă la buzele inciziunei. Este imposibilă de extras fără să fie micşorată.

Se incizează faţa posterioară a tumorei şi astfel cavitatea uterină este deschisă, iar în interiorul ei se vede placenta. Mărindu-se incizia se constată un ou din care se extrage un făt viu.

Volumul tumorei fiind micşorat, este trasă afară.

Se face secţiunea ligamentelor largi între 2 pense în afara anexelor. Peritoneul feţii anterioare a tumorei este decolat şi se formează un lambou care va servi ulterior la sutura bontului. Izolarea vezicei. Secţiunea colului uterin după pensarea prealabilă a uterinelor.

Tumora fiind ridicată se cauterizează cu termocauterul cavitatea cervicală e bontului apoi pediculele uerine şi utero ovariane sunt legate cu mătase şi lamboul

peritoneal anterior suturat cu catgul la peritoneul retro-cervical.

Operatiunea este mai ales laborioasă din cauza marei desvoltări a tumorei la partea inferioară și posterioară și a unei hemoragii abundente, datorită deschiderei unei vine mari a ligamentului larg stâng în timpul izolărei tumorei. După curățirea cavității abdominale se închide abdomenul prin trei planuri do sutură; se pune un dren la partea inferioază a plăgei.

IV. Dr. A. Grosse. *Fibrom uterin. Sarcină de 3 luni. Hysterectomie abdominală în bloc. Vindecare.* (Obs. culeasă din serviciul lui M. Bouilly).(Les grossesses compliqués des fibromes).

Femea X de 30 de ani intră în spitalul Cochin în serviciul lui M. Bouilly, la 18 Iunie în 1890.

Antecedente hereditare și personale fără importanță.

Menstruată la 14 ani regulat abundent timp de 4—5 zile cu puține dureri. Primele raporturi sexuale la vârsta de 27 ani.

De la această dată până acum trei luni nici o schimbare în regulă. Nici o sarcină.

De trei luni are suspensia regulelor. De 2 luni are desgust de alimente, grețuri și câteva vărsături. Nimic anormal dín partea abdomenului. Acum 6 săptămâni bolnava a avut retenție completă de urină. A fost sondată timp de 4 zile.

De 20 zile simte o greutate în bazin fără adevărate dureri și fără iradiații. De 8 zile însă durerile au făcut-o să stea în pat.

Consultă un medic care o trimite la noi.

Se plânge de o durere vie în bazin. Durere continuă, senzație de presiune care persistă și se exasperează în mers și cu iradiații în lombe. Urinează ușor însă defecația este puțin jenată.

Abdomenul mare și asimetric desvoltat. La palpație care este nedureroasă se simte o tumoră dură mată mai desvoltată la dreapta decât la stânga. La stânga tumora se ridică până la 3 laturi de deget sub ombilic și pre-

zintă 2 boseluri principale de o duritate lignoasă. La dreapta tumora nu prezintă boseluri și se ridică până la ombilic.

Peretele abdominal nu aderă de tumoră.

Prin tactul vaginal se simte la 4 centimetri de vulvă, tumora regulată netedă foarte dură mobilă anclavată în micul bazin. Dacă combinând palpeu cu tactul vaginal, se imprimă mișcări de lateralitate tumorei abdominale, se simte că prelungirea vaginală urmează foarte ușor în sens contrar pulsațiunile mici ale părții superioare.

Tușeul rectal arată o tumoră foarte dură care comprimă rectul. Se pune diagnosticul de sárcină complicată de fibrom, pentru că în afară de suspensia regulelor greața vărsături bolnava prezintă mărirea sânilor, pigmentarea areolei și a liniei albe.

Operația. Incizie pe linia mediană începând la 2 laturi de deget deasupra simfiziei și oprindu-se la 3 sub ombilic.

După deschidere se constată o tumoră regulată fluctuentă dând senzația de balotare. Aspectul este acela al unui uter gravid. Se trage afară partea superioară a uterului, se pun 2 pense lungi în afara anexelor, de fiecare parte a ligamentelor largi care sunt secționate între aceste pense. Se aplică un tub de cauciuc pe porțiunea supravaginală a colului și se strânge.

Se strânge colul deasupra legăturei elastice.

Pediculul este secționat, secțiunea trece prin partea superioară a colului, ligatura în 2 straturi a fiecăruia din ligamentele largi printr'un fir de mătase ale cărui capete sunt încrucișate.

Toaleta cavității peritoneale cu comprese aseptice. Hemostază perfectă. Urmările post operatorii au fost foarte simple. A 8 zi bolnava vindecată cu cicatrizare complectă se dă jos din pat.

Examenul pieselor. Tumora astfel scoasă este neregulată alungită măsurând 21 c.m. in diametrul cel mai mare terminată jos printr'o primă boselură. Extremitatea superioară a uterului fibromatos este la 9 c.m. de inserția tubară dreaptă. In sus și la stânga se detașează o a doua boselură mare proeminentă înainte. Trei alte bose-

luri mai mici fac neregulată suprafaţa uterului. Aceste mase sunt interstiţiale, anexele sunt sănătoase. Uterul este secţionat pe faţa anterioară. Peretele gros de $2^1/_2$ c.m. prezintă noduli fibromatoşi numeroşi. Prin această secţiune se constată un ou lung de 12 c.m. şi larg de 8 în care se vede un foetus de $3-3^1/_2$ perfect constituit.

V. **Francis Villar René Villar**. *Fibrom şi sarcină. Histerectomia în bloc ca tratament profilactic.* (Bulletin de la Société d'obstretique et de Gynécologie Paris 1922 No. 4).

O femee de 32 ani celibatară fără antecedente hereditare şi personale. Menstruată la 12 ani şi totdeauna regulat. Ii încetează menstruaţia la 20 Noembrie 1920. N'are menstruaţie în Decembrie şi Ianuarie. In Februarie uşoară scurgere sanguină 3—4 zile, în Martie nimic, 8 zile înainte de intrarea în spital apar dureri violente în pelvis. La examen se constată existenţa unei tumori pelviene de volumul unui cap de foetus, mediană mată destul de mobilă şi ale cărei mişcări se transmit la degetul vaginal. Această tumoare prezintă lobulaţiuni foarte dure, Colul puţin moale, nimic din partea sânilor.

Diagnosticul pus a fost de *fibrom şi sarcină* şi cum leziunea părea diseminată şi uterul burat de nuclei fibromatoşi s'a decis intervenţia. *Operaţia* a fost hysterectomia subtotală în bloc. Urmări post operatorii foarte simple. Bolnava s'a vindecat. E cert că sarcina s'ar fi oprit şi ar fi necesitat intervenţie.

VI. **Buggenhoudt** (Bruxelles). *Un caz de facere prin hysterectomie fără deschiderea prealabilă a uterului.* (Revue française de gynecologie et d'obstetrique Noembrie 1922.)

E vorba de o femee gravidă la termen, la care un voluminos fibrom ocupă porţiunea joasă dreaptă a colului uterin. Când Buggenhoudt a fost chemat s'o examineze ruptura data de 18 ore şi el nu a îndrăznit să mai încerce o cesariană. Sub narcoză tactul vaginal arată o O. I. Bug. are impresia că fibromul urcă şi cum colul erea uşor dilatabil el încearcă forceps. Nu răuşeşte să introducă de cât o singură ramură. In asemenea condiţii a tre-

buit să aleagă dintre 3 procedee, care i se prezentau: cesariană clasică, cesariană urmată de hysterectomie sau hysterectomia în bloc; uter făt fibrom. La acest din urmă procedeu s'a oprit socotind că el diminuă primejdia pentru mamă și scurtează durata operației. O singură precauție este de luat; să nu legi ultima arteră uterină de cât în ultimul moment. Fătul în acest caz apar cel mai des asfixiat, însă revine imediat.

Această operație s'a terminat cu bine și mama și-a alăptat copilul a 3-a zi.

VII **Dr. Athaide Pereira.** *Fibromiom uterin. Sarcina de 3-4 luni Hysterectomie abdominală subtotală cu Salpingo-ovarectomie dreaptă. Vindecare.*

(Fibromioma do utero et gravidez. Laparo-hysterectomia et cura) Revista de gynecologia et d'obstetricia Rio de Janiero. Septembrie 1922.

Pacienta M. N. de 36 ani spaniolă, maritată consultă pe Dr. Jayme Goncalves pentru o tumoare ce o simte în abdomen și care este însoțită de dureri. Acesta o internează în spitalul din Santa Casa. Aci fiind examinată se constată: Menstruată la 13 ani, menstruele regulate. Câți va ani a avut leucoree astăzi nu mai are. Maritată de 4 luni. Ultima regulă la 26 Februarie. Primul coit la 8 Martie fără incident. N'au apărut regulele până la sfârșitul acestei luni, la începutul lui April apărură semnele de sarcină.

La palpare se constată o tumefacție în flancul drept, parte din regiunea ombilicală și hipocondrul drept, tumefacție mare dură neregulat boselată, dureroasă mobila libera pe toate marginele ei, pare adânc implantată.

Examen genital: aparatul genital extern cu modificările sale gravidice. La tactul vaginal simplu se constată vaginul lung cu pereți umezi colul gros, și moale corpul uterin voluminos.

Se pune diagnostic de sarcină în 3-4 luni, tumoare abdominală probabil a intestinului gros și de natură malignă.

Operațiune Intervențiunea practicată la 21 lunie de Dr. Jayme Goncalves. Anestezia cu eter. Laparotomic laterală. S'a deschis cavitatea peritoneală, și scotându-se lichid seros în mică cantitate se vede o tumoare mare dură

boselată aderentă de masa intestinală, mărindu-se inciziunea și explorând se constată că tumoarea e pediculată și că pedicului este flasc și se desface de o altă tumoare globuloasă, moale hiperemiată, plină de nuclei fibroși, care este uterul gravid cu trompele lungi congestionate și ovarele macroscopic integre.

Incisiunea de laparotomie, ne îngreuiază, arătarea ligamentelor infundibulo-pelviene, dar cu toate acestea s'a ajuns la histerectomie subtotală, pentru că ni s'a părut imposibil orice conservare a uterului, căruia s'a început secționarea de partea stângă, se taie mezosalpinxul, se izolează ovarul de pedicului vaselor sale, se incizează ligamentul larg, ligamentul rotund sub o scurtă pensare, se desface puțin de peritoneul fețelor anterioara și posterioară a uterului, și se pensează uterina.

Se procedează în același mod de partea dreaptă, care se liberează secționându-se mai întâi ligamentul infundibulo pelvian, sub o scurtă pensare. In sfârșit se decolează de col, scoțânduse piesa întreagă.

Se recunoaște că e vorba de un mare *fibromiom subseros pediculat*, aparținând terțului superior al feței posterioare a uterului, și se face în modul acesta, *histerectomia subtotală cu salpingo ovarectomie dreaptă*, se reface colul cu trei puncte de catgul gros, se leagă toate pediculele și se peritonizează. Toți acești timpi s'au făcut cu mare dificultate, din cauza suprafeței restrânse a câmpului operator, cu toate că s'a mai făcut o inciziune laterală. Insfârșit, se reface peretele abdominal în patru planuri, se drenează țesutul celular subcutanat intervenția întreagă durând cinci zeci și cinci minute. Urmările postoperatorii s'au petrecut fără nimic anormal. S'a menținut bolnava în poziținea Fowler 48 ore, se retrage drenul țesutului celular subcutanat a 3-a zi, cicatrizarea se face, «per primam retrăgându-se bolnava din spital în ziua de 6 Iulie, 15 zile după operație.

Examenul anatomo patologic, făcut cu multă amabilitate de D-l Dr. Ludugero da Cunha Motta se prezintă în modul următor: *Macroscopic*: piesa trimeasă constă dintr'un uter, care prezintă pe fața posterioară o deschiză-

tură cu margini regulate care merge dela fundul uterului către col și pe unde iese un sac cu caracterele sacului amniotic, înăuntrul căruia există un lichid clar, în a cărui massă fluidă, înoată un făt care pare să aibă 3-4 luni.

Acesta se află legat printr'un cordon ombilical subțire de aspect normal, la o placentă care se inseră la peretele anterior al uterului.

Fătul măsoară dela coccix la occiput 15 centimetri iar sacul său, are dimensiunile următoare: 19 centimetri de lungime 12 centimetri de lărgime și 28 cm. circonferință. Uterul, care măsoară 12 centimetri, de diametru transvers, 7,5 cent. de diametru longitudinal și 30 centimetri de circonferință, în grosimea pereților săi de trei centimetri prezintă la fund o tumoră mare globuloasă, de suprafață neregulată, subseroasă, măsurând 19 centimetri diametru transvers. 12 centimetri cel longitudinal și 31 centimetri în antero-posterior cu o circonferință de 46 centimetri.

La peretele anterior al uterului notăm, alți cinci noduli tumorali de mici dimensiuni, aproape subserosul Trompele au un aspect normal și ovarul drept presintă, mici kiste, greutatea totală a piesei este de 2.000 grame.

VIII. **A. Brindeau et Desoubry.** *Fibrom uterin. Sarcină. Hysterectomie abdominală subtotală în bloc. Vindecare. (A propos d'un cas de grossesse compliquée de fibrome. Bulletin de la societé d'obstetrique et de Gynecologie de Paris No. 9) Decembrie 1922.*

Multipară de 30 ani, 3 sarcini auterioare terminate prin faceri normale Ultimele reguli la 27 Mai 1922; nimic de semnalat până în Septembrie. In acest moment ușoare hemoragii făcând să se gândească la placenta praevia. După 5 săptămâni de ședere la pat bolnava consultă pe Tarnier pentru dureri violente în abdomen. Intra în spital la 26 Noembrie.

Examinată se constată la palpație: uter gravid de 6 luni conținând o tumoare dură, dureroasă de volumul unei mandarine cu sediul în fosa iliacă dreaptă. Tumoarea face corp cu uterul, e mai dură și mai proeminentă în timpul contracțiilor, colul închis deviat la dreapta. Se decide intervenția în caz că fenomenele locale devin mai violente, a 3 zi dureri

în gamba stângă edem al membrului care fac să ne gândim la posibilitatea unei flebite. Bănuiala se confirmă prin apariția flebitei cu toate simptomele. La 2 Decembrie survine brusc o durere violentă la nivelul fibromului care devine mai voluminos și extrem de sensibil... Se scurge prin organele genitale un lichid extrem de fetid. Stare generală rea. Se decide intervenția. *Laparotomie.* Uterul e dur segmentul inferior destins în clopot. Hysterectomie supravaginală. Ablatiunea uterului fără deschiderea oului. Închiderea bontului și peritonizare.

Urmări post peratorii normale. Plebita se ameliorează progresiv. La examenul pieselor se constată; uter gravid de 6 luni continând un făt viu, o placentă înserată jos și decolata pe o suprafață cât palma. La acest nivel cavitatea uterină conține lichid puriform, foarte fetid. La acest nivel se însera fibromul. E vorba de un fibrom interstițial de mărimea unei portocale. La secțiune prezintă bande gălbui și multe insule violacee.

CONCLUZIUNI

1. Fibroamele când sunt complicate de sarcină, prin volumul numărul și sediul lor, pot să dea naștere la diferite accidente grave, care, pe de oparte să compromită viața femeiei, iar pe de alta să turbure evoluția sarcinei.

2. In fibroamele mijlocii uni sau paucilobulare sarcina poate evolua la termen și nașterea poate fi nedistocică; în fibroamele mari uni sau polilobulare, precum și în infiltrația fibromatoasă nu numai că sarcina nu evoluează la termen, dar pot să apară accidente și complicațiuni grave.

3. Ori de câte ori un fibrom prin volumul, configurația sa este chirurgical, operația devine obligatorie atunci când este complicat de sarcină.

De asemenea intervențiunea se impune când fibroame mici și numeroase produc o infiltrație fibromatoasă a uterului și când sunt complicate de sarcină.

4. Dintre intervențiile chirurgicale practicate în fibromul cu sarcina, abortul și nașterea prematură provocată trebuesc abandonate pentru că expun femeia la 2 complicații grave *hemoragie mare* și infecție uterină; chiar și fără aceste complicații rezultatul lor este insuficient pentru că deși suprimă sarcina, lăsând uterul fibromatos pe loc, femeia, este expusă la aceleași accidente cu ocazia unei noi sarcini.

6. Hysterectomia profilactică în bloc operație prin care se suprimă simultan și uterul fibromatos și produsul de concepție, este operația cea mai rațională, în fibromul complicat de sarcină, atunci când diagnosticul clinic al fibroamelor ne face să întrevedem apariția de accidente grave.

Văzută și bună de imprimat

Presedintele tezei
Prof. Dr. C. DANIEL

Decanul facultatei
Prof. Dr. Th. IONESCU

BIBLIOGRAFIE

A. Grosse. *Les grossesses compliquées des fibromes. (These de doctorat Paris 1903.*

G. Méheut. *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques.*

Turner. *Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques (Thèse de doctorat 1900, Paris.*

S. Pozzi. *Traité de gynécologie*

E. Nicolicescu. *Fibrom uterin şi sarcină teza de doctorat 1922 Bucureşti.*

Revista de gynecologia et d'obstetricia, (Brazilia Rio de Janeiro) Septembre 1922.

C. Daniel. *Fibrom uterin şi sarcină tubară. (Buletinul Societăţei anatomice din Paris 1903).*

C. Daniel. *De l'état des annexes dans les fibromes uterins. (Revue de gynecolagie et de chirurgie abdominale N. 1 No. 2 Paris 1900.*

Buletin de la société d'obstetrique et de gynecologie de Paris No. 4 No. 9 1922.

Revue Française de gynecologie et d'obstretrique Noembrie 1922